

CERTIFICAZIONE DITALS DI II LIVELLO

Ripetizione parziale delle sezioni non superate

Proposta di adesione all'esame nella sessione del **21 FEBBRAIO 2020**

che si svolgerà presso EUROFORMAZIONE srl

(indicare la denominazione dell'Ente presso il quale si intende sostenere l'esame)

l sottoscritt _____

(cognome)

(nome)

(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso)

Dichiara

1. di essere nato/a a _____ il _____ di cittadinanza _____

e di essere residente in _____

(indirizzo completo)

tel. _____ e-mail _____

di dover sostenere di nuovo le seguenti sezioni:

Sezione **A**

Sezione **B**

Sezione **C**

Sezione **D**

Data ____/____/____

Il dichiarante
(firma leggibile e per esteso)

..l.. sottoscritt.. _____ dichiara di aver letto e accettato i punti sotto elencati:

- L'eventuale rinuncia all'esame può essere effettuata **esclusivamente 25 gg. prima** della data di esame E DEVE ESSERE comunicata alla sede di esame ENTRO TALE TERMINE. Dopo la scadenza il candidato **è tenuto a pagare la tassa di esame**;
- Il candidato assente il giorno dell'esame potrà ottenere un congelamento della tassa di esame producendo un giustificativo **SOLO** per motivi di malattia, studio, lavoro alla sede di esame. Il candidato in tal caso otterrà un posticipo e potrà ripresentarsi per sostenere l'esame **entro un anno** nella stessa sede di esame;
- La tassa di preiscrizione **non** è rimborsabile per alcun motivo, **non** è applicata per le eventuali ripetizioni di prove non superate.

(data) _____

Il dichiarante (firma leggibile e per esteso) _____

..l.. sottoscritt.. _____ dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679, per finalità inerenti ai compiti istituzionali dell'amministrazione e che potranno inoltre essere comunicati alle amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o comunque nel caso sia necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali.

Dichiara inoltre di esprimere il proprio consenso alla trasmissione del nome, cognome ed indirizzo a ditte o enti che ne facciano richiesta e che dichiarino di utilizzare i dati forniti solo al fine di attivare eventuali rapporti di lavoro o pubblicizzare attività formative/culturali.

Il sottoscritto si riserva i diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 679/2016.

(data)

Il dichiarante (firma leggibile e per esteso) _____

Allegare la fotocopia di un documento di identità